

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n.ro	Data di Adozione
0000294	08/02/2024

OGGETTO: AGRU – U.O GAPC : Indizione avviso pubblico valevole per la formazione di appositi elenchi aziendali da utilizzare per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione nell'ambito della assistenza primaria (attività a ciclo di scelte) di questa ASL BA- Anno 2024

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N.RO 20240000333 DEL 07/02/2024

COMPOSTA COMPLESSIVAMENTE DA 4 (quattro) PAGINE

DI 1 (uno) ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 10 (dieci) PAGINE

DI 0 (zero) ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE

DI 0 (zero) DOCUMENTI ISTRUTTORI NON ALLEGATI PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE

Con la sottoscrizione in calce, i Direttori dichiarano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

Parere del Direttore Amministrativo	Parere del Direttore Sanitario
 Firmato Digitalmente il 08/02/2024 12:11 Luigi FRUSCIO	 Firmato Digitalmente il 08/02/2024 12:50 Luigi ROSSI
Il Segretario	Il Direttore Generale
 Firmato Digitalmente il 08/02/2024 13:47 Raffaele IORIO	 Firmato Digitalmente il 08/02/2024 13:41 Antonio SANGUEDOLCE

ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

Si attesta che il presente provvedimento viene pubblicato all'Albo pretorio *on-line* della ASL BA, ai sensi dell'art. 32, c. 1, l. 69/2009, per la durata di 30 giorni naturali, decorrenti dal **08/02/2024**

Unità Operativa Affari Generali
L'Addetto alla Pubblicazione

Firmato Digitalmente il 08/02/2024 13:48



Domenico ROVETO



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente è conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

OGGETTO:	AGRU – U.O GAPC : Indizione avviso pubblico valevole per la formazione di appositi elenchi aziendali da utilizzare per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione nell’ambito della assistenza primaria (attività a ciclo di scelte) di questa ASL BA- Anno 2024
-----------------	--

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la deliberazione n. 239/DG del 16/02/2022, con l'assistenza del Segretario, sulla base della istruttoria della competente UOS Convenzioni e della proposta formulata dalla Direttrice Area Gestione Risorse Umane, che ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legittimità, considera e determina quanto segue:

Premesso che:

sul Burp n. 112 del 21/12/2023 è stata pubblicata la graduatoria regionale di medicina generale valida per l’anno 2024;

questa Azienda ha necessità di bandire un avviso pubblico al fine di poter conferire incarichi provvisori e di sostituzione nell’ambito della assistenza primaria (attività a ciclo di scelta) di questa ASL per l’anno 2024;

l’art 19 comma 6 ACN 2022 consente alle Aziende di pubblicare, sul proprio sito aziendale, un avviso pubblico per la predisposizione di graduatorie aziendali di medici disponibili al conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione ;

Ritenuto pertanto :

- di indire l’ avviso pubblico valevole per la formazione di appositi elenchi aziendali da utilizzare per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione nell’ambito della assistenza primaria (attività a ciclo di scelta) di questa ASL BA- anno 2024;

Assunto il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

DELIBERA

Per i motivi esposti in narrativa e che qui si intendono integralmente riportati:

- di indire l’ avviso pubblico valevole per la formazione di appositi elenchi aziendali da utilizzare per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione nell’ambito della assistenza primaria (attività a ciclo di scelta) di questa ASL BA- anno 2024;

- di pubblicare l'avviso pubblico , allegato alla presente deliberazione che ne forma parte integrante , sul sito web della ASL BA - ALBO PRETORIO- CONCORSI e AVVISI;

Di dare atto che tutti firmatari del presente atto attestano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art 6 bis, l.241/90, artt 6 7 e 13, c.3, DPR 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale (DDG n. 132/2019) e art. 1, c.9, lett e) , L.190/2012 – quest'ultimo come recepito , a livello aziendale, alla parte II, par.1, lett.c) del vigente PIAO tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35/bis dlgs 165/2001 ;

Di dare atto che per eventuali correzioni di errori materiali, si procederà a rettifica con determina dirigenziale.



ASL Bari

PugliaSalute

AVVISO PUBBLICO PER LA FORMULAZIONE DEGLI ELENCHI DI DISPONIBILITA' AZIENDALE PER INCARICHI PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE DI ASSISTENZA PRIMARIA (ATTIVITA' A CICLO DI SCELTA)

In esecuzione alla deliberazione del Direttore Generale Asl Bari n. _____ del _____ è' indetto avviso pubblico per la formazione di elenchi aziendali validi per il conferimento di incarichi provvisori, di sostituzione nell'ambito dell'assistenza primaria (attività a ciclo di scelte)

REQUISITI GENERALI

- **Laurea in Medicina e Chirurgia ai sensi dell'art. 38 co, 3 del D. Lgs. 165/2001, se il titolo è stato conseguito in uno dei Paesi dell'unione Europea, deve essere corredato dal decreto di equiparazione rilasciato dal DPCM. Ai sensi dell'art. 49 e 50 del DPR n.394/1991 e s.m. ed i., i titoli accademici di studio conseguiti all'estero, devono essere corredati dal decreto di riconoscimento di equipollenza rilasciato dal Ministero della Salute italiano;**
- **Iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri.**

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

Possono concorrere al conferimento **degli INCARICHI PROVVISORI DI ASSISTENZA PRIMARIA**, nel rispetto delle priorità di seguito elencate- art 19 co 6 Acn 2022:

A) I medici inseriti nella graduatoria regionale di SETTORE di assistenza primaria definitiva di Medicina Generale valevole per l'anno 2024 di cui al BURP n. 112 del 21/12/2023 (ALL A) art 19 co. 6 lett a);

B) I medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria (31/1/2023) (ALL B) art 19 co.6 lett B;

C) i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella medesima Regione per cui concorrono, fatta eccezione per le sostituzioni per le quali possono concorrere anche gli iscritti a tale corso in altre Regioni (All C) art 19 co.6 lett.C);

Per il solo AFFIDAMENTO DI INCARICHI DI SOSTITUZIONE DI ASSISTENZA PRIMARIA possono partecipare al presente avviso ai sensi dell'art 19 comma 11 l. n.448/2001,;

A1) i medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;

B1) i medici iscritti ai Corsi di Specializzazione;



MODALITA' PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

*I medici interessati al presente avviso devono inviare apposita domanda in **BOLLO- € 16,00** pena esclusione, debitamente sottoscritta e corredata da copia di un valido documento di identità .*

La domanda dovrà essere inviata , pena esclusione, entro 30 gg dal giorno successivo alla data di pubblicazione dell'avviso sul sito web aziendale - ALBO PRETORIO- CONCORSI e AVVISI a mezzo pec al seguente indirizzo : agruconvenzioni.aslbari@pec.rupar.puglia.it

Il termine dei 30 gg è perentorio. Non sono ammesse altre modalità di invio della domanda di partecipazione pena esclusione .

Il termine dei 30 gg scade alle ore 23,59 del trentesimo giorno dalla data di pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale .

Gli aspiranti dovranno dichiarare , sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000 e s.m.i , a pena di esclusione, i propri dati anagrafici, luogo di residenza, indirizzo, recapito telefonico, PEC , voto di laurea, anzianità di laurea, iscrizione all'ordine dei medici , acquisizione dell'abilitazione professionale con la relativa indicazione della sessione di conseguimento, posizione e punteggio riportato nella graduatoria regionale 2024, data di conseguimento dell'attestato di formazione e relativa Azienda, iscrizione al Corso di Formazione specifica in Medicina Generale, iscrizione al Corso di Specializzazione come da fac simili allegati.

La validità della domanda di partecipazione è subordinata, pena esclusione, all'utilizzo da parte del candidato , di un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) esclusivamente personale e nominativo . Pertanto, non sarà ritenuta ammissibile la domanda inviata da una casella di posta elettronica semplice/ordinaria.

La validità della trasmissione e ricezione della PEC è attestata dalla ricevuta di avvenuta consegna e dalla ricevuta accettazione. La domanda inviata per via telematica è valida se effettuata secondo quanto previsto dal Dlgs 235/2010 –Codice dell'Amministrazione Digitale.

L'amministrazione declina sin d'ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendenti da eventuali disguidi tecnici/informatici, dovuti all'invio tramite pec, non imputabili a colpa dell'amministrazione, che si dovessero verificare da parte del server.

La domanda di partecipazione dovrà essere redatta utilizzando esclusivamente gli schemi allegati pena esclusione. Si precisa che le domande incomplete o comunque redatte in difformità dal predetto schema saranno escluse .

La domanda dovrà essere correttamente compilata in ogni sua parte (come da FAC SIMILI Allegati) . Pertanto l'incompleta o errata compilazione della stessa sarà motivo di esclusione.

La domanda deve essere datata e sottoscritta dal partecipante pena esclusione

Alla domanda dovrà essere allegata, a pena di esclusione, l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione

La domanda di partecipazione dovrà essere redatta utilizzando esclusivamente gli schemi allegati pena esclusione. Si precisa che le domande incomplete o comunque redatte in difformità dal predetto schema saranno escluse .

GRADUAZIONE DELLE DOMANDE

I medici di cui alla LETT A) saranno graduati secondo il punteggio riportato nella graduatoria

**ASL Bari**

PugliaSalute

regionale valevole per l'anno 2024 pubblicata sul BURP n. 112 del 21/12/2023;

I medici di cui alle lett. B), C), verranno graduati ai sensi dell'art 19 co.7 Acn 2022 secondo il seguente ordine :

**minore età al conseguimento del diploma di laurea
voto di laurea
anzianità di laurea.**

I medici di cui alle lett A1) e B1) , verranno graduati ai sensi dell'art 19 co.7 Acn 2022 secondo il seguente ordine :

**minore età al conseguimento del diploma di laurea
voto di laurea
anzianità di laurea.**

Delle domande presentate dagli aspiranti di cui alla lett A), B), C) saranno redatte tre distinte graduatorie, da valere per tutti gli incarichi provvisori di assistenza primaria ed utilizzata secondo il "criterio dello scorrimento a partire dalla lett A) e a seguire lett B) e C);

Le domande presentate di cui alle lettere A1) e B1) , valide solo per l'affidamento di incarichi di sostituzione saranno inserite in due distinti elenchi che saranno utilizzati così come segue:

l'elenco di cui alla lett A1) verrà utilizzato per prima;
in caso di indisponibilità dei medici di cui alla lett A1) verrà utilizzato l'elenco di cui alla lett B1);

Gli incarichi provvisori di cui alle lettere A), B), C) saranno conferiti per una durata massima di mesi DODICI .

Gli incarichi di sostituzione di cui alla lett A1) e B1)) saranno conferiti per una sola volta e per la durata di massimo tre mesi giusta art 19 comma 11 l. n.448/2001.

CAUSE DI ESCLUSIONE

Sono cause di esclusione :

**Mancato possesso di uno o più requisiti generali e di partecipazione all'avviso pubblico ;
Domanda priva di bollo e mancata allegazione dell'attestazione di pagamento del bollo;
Presentazione della domanda oltre il termine perentorio indicato nel presente bando;
Presentazione della domanda prima della pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale della ASL BA;
Redazione di domanda incompleta/errata dei dati necessari per la formulazione della graduatoria;
La mancata sottoscrizione e mancata data della domanda di partecipazione;
La mancata allegazione della copia del documento valido di identità;
La presentazione della domanda con modalità diversa da quella indicata nel presente bando;
Mancato utilizzo degli schemi allegati per la presentazione della domanda;
Invio della domanda per mezzo di una casella di posta elettronica semplice/ordinaria.**



ASL Bari

PugliaSalute

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196), si informano i partecipanti che il trattamento dei dati personali forniti in sede di partecipazione all'avviso o comunque acquisiti a tal fine dall' AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI è finalizzato unicamente all'espletamento delle attività selettive ed avverrà a cura delle persone preposte al procedimento selettivo, presso l'ufficio preposto dall'Azienda (Area Gestione Risorse Umane- UOGAPC), con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, anche in caso di eventuale comunicazione a terzi. Il conferimento di tali dati è necessario per valutare i requisiti di partecipazione e il possesso di titoli e la loro mancata indicazione può precludere tale valutazione. Ai candidati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del citato Codice (D.lgs. n. 196/2003), in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della Legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste a: Sig.ra Maria Di Turi – ASL BA Lungomare Starita n. 6 (70123 - BARI -) - Tel 080/5842314 .

Per quanto non previsto dal presente avviso, nonché per il trattamento economico spettante ai medici aventi titolo, si rinvia alla normativa di cui all'ACN 28/4/2022 ed ai relativi accordi regionali vigenti in materia

ALL. A)

ASL BA
U.O. G.A.P.C.
Lungomare Starita, 6
70123 B A R I

BOLLO

MEDICI INSERITI IN GRADUATORIA 2024

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi provvisori di assistenza primaria (attività a ciclo di scelta) della ASL BA

Il sottoscritto Dott. _____, presa visione dell'Avviso pubblico pubblicato sul sito aziendale ASL BA

chiede

di essere ammesso alla selezione per la formazione della graduatoria per il conferimento di incarichi provvisori di assistenza primaria (attività a ciclo di scelta) della ASL BA

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000 artt. 46 e 47:

a) Di essere nato a _____ il _____ Cod. Fisc. _____;

b) Di risiedere nel Comune di _____ CAP. _____ Via _____

n. _____ Recapito Telefonico _____ PEC OBBLIGATORIA

c) Di essere incluso al n. _____ con punti _____, nella graduatoria regionale definitiva dell'anno 2024, pubblicata sul BURP n. 112 del 21/12/2023 ;

e) di essere iscritto all'Albo Professionale dei medici della Provincia di _____ numero _____ dal _____

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e Data _____

Firma leggibile _____

ASL BA

ALL. B)

U.O. G.A.P.C.

Lungomare Starita, 6

70123 B A R I

BOLLO

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi provvisori di assistenza primaria (attività a ciclo di scelta) della ASL BA.

Il sottoscritto Dott. _____, presa visione dell'Avviso pubblico pubblicato sul sito aziendale della ASL BA _____,

chiede

di essere ammesso alla selezione per la formazione della graduatoria per il conferimento di incarichi provvisori di assistenza primaria (attività a ciclo di scelta) della ASL BA.

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000 artt 46 e 47:

a) Di essere nato a _____ il _____ Cod. Fisc. _____;

b) Di risiedere nel Comune di _____ CAP. _____ Via _____ n. _____
 Recapito Telefonico _____ PEC
 obbligatoria _____;

c) Di essersi laureato in data _____ con voto _____ Università di _____;

d) di aver conseguito l'attestato di formazione specifica in medicina generale in data _____
 corso _____ triennale _____ c/o
 ASL _____;

e) di essere iscritto all'Albo Professionale dei medici della Provincia di _____
 numero _____ dal _____

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e Data

Firma leggibile

ALL.C) per iscritti al Corso di Formazione in Medicina generale

ASL BA
 U.O. G.A.P.C.
 Lungomare Starita, 6
70123 B A R I

BOLLO

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi provvisori di assistenza primaria (attività a ciclo di scelte) della ASL BA.

Il sottoscritto Dott. _____, presa visione dell'Avviso pubblico pubblicato sul sito aziendale della ASL BA,

chiede

di essere ammesso alla selezione per la formazione della graduatoria per il conferimento di incarichi provvisori di assistenza primaria (attività a ciclo di scelte) della ASL BA.

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000 artt 46 e 47 :

a) Di essere nato a _____ il _____ Cod. Fisc. _____;

b) Di risiedere nel Comune di _____ CAP. _____ Via _____ n. _____

Recapito Telefonico _____ PEC obbligatoria _____;

c) Di essersi laureato in data _____ Università di _____ con voto _____;

d) di essere iscritto al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale TRIENNIO _____ POLO formativo _____ ASL _____;

e) di essere iscritto all'Albo Professionale dei medici della Provincia di _____ numero _____ dal _____

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Luogo e Data

Firma leggibile

ALL.A1) per gli ABILITATI

INCARICHI DI SOSTITUZIONE ASSISTENZA PRIMARIA

ASL BA
 U.O. G.A.P.C.
 Lungomare Starita, 6
70123 B A R I

BOLLO

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi di sostituzione di assistenza primaria (attività a ciclo di scelte) della ASL BA.

Il sottoscritto Dott. _____, presa visione dell'Avviso pubblico pubblicato sul sito aziendale della ASL BA

chiede

di essere ammesso alla selezione per la formazione della graduatoria per il conferimento di incarichi di sostituzione di assistenza primaria (attività a ciclo di scelte) della ASL BA.

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000 artt 46 e 47:

a) Di essere nato a _____ il _____ Cod. Fisc. _____;

b) Di risiedere nel Comune di _____ CAP. _____ Via _____ n. _____

Recapito Telefonico _____, PEC obbligatoria _____;

c) Di essersi laureato in data _____ Università di _____ con voto _____;

d) Di essersi abilitato dopo il 31/12/1994 e precisamente in data _____ presso _____

e) di essere iscritto all'Albo Professionale dei medici della Provincia di _____ numero _____ dal _____

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Luogo e Data

Firma leggibile

ALL.B1) per gli SPECIALIZZANDI

INCARICHI DI SOSTITUZIONE ASSISTENZA PRIMARIA

ASL BA
 U.O. G.A.P.C.
 Lungomare Starita, 6
70123 B A R I

BOLLO

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi di sostituzione di assistenza primaria (attività a ciclo di scelte) della ASL BA.

Il sottoscritto Dott. _____, presa visione dell'Avviso pubblico pubblicato sul sito aziendale della ASL BA ,

chiede

di essere ammesso alla selezione per la formazione della graduatoria per il conferimento di incarichi di sostituzione di assistenza primaria (attività a ciclo di scelte) della ASL BA.

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000 artt 46 e 47 :

a) Di essere nato a _____ il _____ Cod. Fisc. _____;

b) Di risiedere nel Comune di _____ CAP. _____ Via _____ n. _____

Recapito Telefonico _____ PEC obbligatoria _____;

c) Di essersi laureato in data _____ Università di _____ con voto _____;

d) Di frequentare la scuola di Specializzazione in _____ presso _____ annualità _____;

e) di essere iscritto all'Albo Professionale dei medici della Provincia di _____ numero _____ dal _____

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Luogo e Data

Firma leggibile

**ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO
DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

Il/la sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
nato/a a _____ residente a _____ in via/piazza _____
sotto la propria responsabilità, secondo quanto previsto dagli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dell'art. 76 del medesimo decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 del DPR n. 445/200),

DICHIARA

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di inserimento nelle graduatorie aziendali di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarichi di reperibilità domiciliare nell'ambito della continuità assistenziale di questa ASL, con la marca da bollo sopra apposta identificata da numero: _____ del _____;

SI IMPEGNA

- a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei controlli eventualmente disposti dalle autorità competenti.

(luogo, data)

(firma)

PROFILI CONTABILI

RILEVANTE, a valere su: NON rilevante

ONERI DI PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA EX D. LGS. 33/2013:

SOGGETTA a pubblicazione NON soggetta a pubblicazione

ONERI DI RISERVATEZZA:



CONTIENE dati personali da NON pubblicare NON contiene dati personali

DESTINATARI NOTIFICA/TRASMISSIONE

PROPOSTA N.RO 20240000333 APPROVATA CON DELIBERAZIONE N.RO 20240000294 DEL 08/02/2024

Con la sottoscrizione in calce al presente provvedimento, i firmatari di cui sopra, ciascuno in relazione al proprio ruolo come indicato e per quanto di rispettiva competenza, attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale applicabile e che il provvedimento predisposto è conforme alle risultanze istruttorie agli atti d'ufficio.

I medesimi soggetti dichiarano, inoltre, di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, della vigente sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

RUOLO	NOME E COGNOME	FIRMA
Responsabile UOS/UOSD	Quaranta Anna Maria	 Firmato digitalmente il 07/02/2024 13:42
Direttore/Responsabile di Struttura	Popolizio Rachele	 Firmato digitalmente il 07/02/2024 14:33